



KEMENTERIAN KESIHATAN  
MALAYSIA

# Buku Panduan

PENGGUNAAN  
&  
PENGISIAN  
BUKU REKOD  
KESIHATAN  
IBU HAMIL



# Buku Panduan

## PENGGUNAAN & PENGISIAN BUKU REKOD KESIHATAN IBU HAMIL

Bahagian Pembangunan Kesihatan Keluarga  
Kementerian Kesihatan Malaysia  
2019

Buku Panduan Penggunaan & Pengisian Buku Rekod Kesihatan Ibu Hamil ini diterbitkan oleh  
Kementerian Kesihatan Malaysia

Di terbitkan oleh:  
Bahagian Pembangunan Kesihatan Keluarga  
Kementerian Kesihatan Malaysia  
Aras 7&8, Blok E10, Kompleks E, Presint 1  
Pusat Pentadbiran Kerajaan Persekutuan  
62590 Putrajaya  
Malaysia

Edisi pertama : 2012  
Edisi kedua : 2019

Hak cipta terpelihara. Tidak dibenarkan mengeluarkan ulang mana-mana bahagian teks, ilustrasi dan isi kandungan buku ini dalam bentuk dan dengan apa cara jua, sama ada secara elektronik, mekanik, rakaman atau cara lain kecuali dengan keizinan bertulis daripada Kementerian Kesihatan Malaysia

ISI KANDUNGAN		
Bil	Tajuk	Muka Surat
i	SINGKATAN	1
1	Pengenalan	2
2	Objektif Penjagaan Ibu Hamil - Tujuan Jagaan Ibu semasa hamil - Tujuan Rekod Kesihatan Ibu Hamil	3
3	Penggunaan Rekod Kesihatan Ibu - Rekod Kesihatan Ibu KIK/1(a)/96 (Pind.2019) - Rekod Kesihatan Ibu KIK/1(b)/96 (Pind.2019)	3
4	Panduan Mengisikan Rekod Kesihatan Ibu - KIK/1(a)/96 Pind.2019 dan KIK/1(b)/96 Pind.2019	
	1. Maklumat Ibu	4
	2. Perihal Kandungan Lalu	7
	3. Riwayat Kesihatan Ibu dan Keluarga	8
	3.1 Saringan Tibi	
	3.2 Masalah Perubatan Keluarga	
	3.3 Status Imunisasi Ibu	
	4. Akuan Pengambilan Darah bagi Ujian Saringan Antenatal	9
	5. Keputusan Ujian Darah Saringan Antenatal	11
	6. Akuan Tidak Setuju Rawatan	11
	7. Pemeriksaan oleh Pegawai Perubatan dan Pegawai Pergigian	12
	8. Senarai Semak Kriteria untuk Ujian Saringan OGTT	12
	9. Ujian OGTT	12
	10. Pemantauan Paras Gula Dalam Darah	13
	11. Pemantauan Tekanan Darah	13
	12. Pemantauan Profil <i>Pre-Eclampsia</i>	14
	13. Pemantauan Peningkatan Berat Badan Ibu Antenatal ( <i>Gestational Weight Gain (GWG)</i> ) - Jadual Berat Badan Sepanjang Kehamilan	15
	14. Pemantauan Hemoglobin	16
	15. Keputusan Pemeriksaan <i>Ultrasound</i>	17
	16. <i>Fetal Growth Chart</i>	18
	17. Sistem Kod Warna dan Senarai Semak Penjagaan Antenatal	18
	18. Senarai Semak Risiko VTE Semasa Hamil dan Puerperium	18

	19. Carta Pergerakan Janin	18
	20. Pemeriksaan Kandungan Semasa	19
	21. Kemasukan Ke Hospital	21
	22. <i>Discharge Note</i>	21
	23. Perihal Kelahiran:	22
	23.1 Perihal Ibu	
	23.2 Perihal Bayi	
	24. Perawatan Postnatal di Rumah	24
	25. Masalah Dikesan Semasa Postnatal, Pengendalian dan Rawatan	26
	26. Jadual Suntikan Thromboprophylaxis untuk Ibu Postnatal ( <i>Subcutaneous Unfractionated Heparin/ Low Molecular Weight Heparin</i> )	27
	27. Senarai Semak Keberkesanan Penyusuan Susu Ibu Semasa Postnatal	28
	28. Senarai Semak Penjagaan Postnatal Mengikut Sistem Kod Warna	29
	29. Pemeriksaan Ibu Postnatal (1 Bulan) di Klinik	29
	30. Rekod Pemberian Pendidikan Kesihatan	31
	31. Rekod Semakan Buku Rekod Kesihatan Ibu	31
5	Informasi Panduan dan Pendidikan Kesihatan KIK/1(a)/96.Pind.2019 Sahaja	32
	- Selamat Datang Ke Alam Kehamilan	
	- Penjagaan Semasa Kehamilan	
	- Aktiviti Semasa Lawatan ke Klinik	
	- Persediaan Untuk Bersalin	
	- Gangguan Ringan Semasa Hamil	
	- Kehamilan Yang Berisiko	
	- <i>Venus Thromboembolism</i>	
	- Komplikasi Semasa Hamil Kepada Ibu dan Bayi Dalam Kandungan	
	- Panduan Pemakanan Bagi Persediaan Kehamilan, Semasa Hamil dan Sewaktu Berpantang dan Menyusukan Bayi	
	- Panduan Pemakanan Bagi Ibu Hamil Yang Mengalami Anemia Kekurangan Zat Besi ( <i>Iron Deficiency Anaemia – IDA</i> )	
	- Sasaran Peningkatan Berat Badan Yang Sihat Semasa Kehamilan	
	- Penyusuan Susu Ibu Yang Terbaik Buat Bayi dan Ibu	
	- Masalah Ibu Selepas Bersalin (Postnatal)	
	- Bayi dan Jaundis	
	- Penjagaan Kesihatan Bayi Anda	
6	Lampiran I	33
	- Akuan Tidak Setuju Rawatan	
7	Penghargaan	34

## SINGKATAN

ABC	<i>Alternative Birth Center</i>
AC	<i>Abdominal Circumference</i>
AFI	<i>Amniotic Fluid Index</i>
BBA	<i>Birth Before Arrived</i>
BF	<i>Breast Feeding</i>
BFMP	<i>Blood Film Malaria Parasit</i>
BMI	<i>Body Mass Indeks</i>
BP	<i>Blood Pressure</i>
BPD	<i>Biparietal Diameter</i>
BPKK	<i>Bahagian Pembangunan Kesihatan Keluarga</i>
BO	<i>Bowel Opened</i>
CRL	<i>Crown-Rump Length</i>
CVS	<i>Cardio Vascular System</i>
DM	<i>Diabetes Mellitus</i>
dsb	<i>dan sebagainya</i>
DVT	<i>Deep Vein Thrombosis</i>
EBW	<i>Estimate Birth Weight</i>
EDD	<i>Expected Date Delivery</i>
FBC	<i>Full Blood Count</i>
FBS	<i>Fasting Blood Sugar</i>
FH	<i>Fundal Height</i>
FHA	<i>Fetal Heart Activity</i>
FL	<i>Femur Length</i>
FM	<i>Fetal Movement</i>
GDM	<i>Gestational Diabetes Mellitus</i>
G6PD	<i>Glucose-6-Phosphate Dehydrogenase</i>
HC	<i>Head Circumference</i>
HDP	<i>Hypertension Disorder in Pregnancy</i>
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
H/P	<i>Handphone</i>
IDA	<i>Iron Deficiency Anaemia</i>
IUD	<i>Intra Uterine Death</i>
IVDU	<i>Intra Venus Drug Use</i>
IVF	<i>In Vitro Fertilisation</i>
JKN	<i>Jabatan Kesihatan Negeri</i>
JVS	<i>Jugular Venous System</i>

K	<i>Klinik</i>
KK	<i>Klinik Kesihatan</i>
KKM	<i>Kementerian Kesihatan Malaysia</i>
LMWH	<i>Low Molecular Weight Heparin</i>
LNMP	<i>Last Normal Menstrual Period</i>
LSCS	<i>Lower Segment Caeserean Section</i>
OGTT	<i>Oral Glucose Tolerance Test</i>
OHSS	<i>Ovarian Hyperstimulation Syndrome</i>
P	<i>Pejabat</i>
PCM	<i>Perinatal Care Manual</i>
POA	<i>Period of Amenorrhea</i>
POG	<i>Period of Gestation</i>
PPH	<i>Post Partum Hemorrhage</i>
PSP	<i>Pegawai Sains Pemakanan</i>
PU	<i>Passed Urine</i>
R	<i>Rumah</i>
RBS	<i>Random Blood Sugar</i>
RE EDD	<i>Re-Expected Date Delivery</i>
RH	<i>Rhesus Factor</i>
RME	<i>Routine Medical Examination</i>
SB	<i>Serum Bilirubin</i>
SFH	<i>Symphysis Fundus Height</i>
SLE	<i>Systemic Lupus Erythematosus</i>
SVD	<i>Spontaneous Vaginal Delivery</i>
TAL	<i>Tarikh Akan Lahir</i>
TB	<i>Tuberculosis</i>
THA	<i>Tarikh Haid Akhir</i>
TPHA	<i>Treponema Pallidum Particle Agglutination</i>
TSB	<i>Total Serum Bilirubin</i>
TT	<i>Tetanus Toxoid</i>
VDRL	<i>Venereal Disease Research Laboratory</i>
VTE	<i>Venous Thromboembolism</i>
wt	<i>Weight</i>

## PENGENALAN

Ibu hamil memerlukan pengawasan, pemeriksaan dan pengendalian yang rapi, teratur dan berterusan bermula sebaik saja ibu mengetahui dirinya hamil. Ini adalah kerana semasa hamil, ibu mengalami banyak perubahan pada tubuh badan mereka. Janin dalam kandungan juga memerlukan pengawasan yang serupa kerana ia mudah dipengaruhi oleh persekitaran terutama kesihatan ibu. Masalah kesihatan yang dihadapi oleh ibu hamil contoh: anemia, hipertensi, diabetes boleh menjejaskan perkembangan serta pembesaran janin di dalam kandungan dan boleh mengancam nyawa ibu. Pengawasan serta pengendalian kesihatan ibu yang rapi dan berterusan dapat memastikan pengesanan awal yang membolehkan tindakan sewajarnya diambil bagi mengurangkan morbiditi dan mortaliti.

Pelaksanaan rekod kesihatan ibu di seluruh negara telah dimulakan pada 1 Jun 1993. Sejarah penggunaan buku rekod kesihatan ibu bermula dengan kad *clinic based* yang mengandungi maklumat penjagaan ibu dan disimpan di klinik. Ibu hanya diberikan kad kecil di mana maklumat perihai kesihatan ibu amat terhad. Perkara ini menyukarkan pengendalian kes terutama semasa kecemasan kerana banyak maklumat tersimpan di klinik. Pada tahun 1997, penggunaan rekod kesihatan ibu daripada *clinic based* kepada *home based* sehingga sekarang.

Pada tahun 2012, semakan semula telah dilaksanakan dengan penambahbaikan yang terperinci.

Seterusnya pada tahun 2019, buku rekod ini disemak semula sejajar dengan teknologi kesihatan yang sentiasa dinamik untuk meningkatkan taraf kesihatan ibu hamil yang lebih komprehensif.

## OBJEKTIF PENJAGAAN IBU HAMIL

- i. Memberi penjagaan yang berterusan semasa hamil, bersalin dan postnatal.
- ii. Mengenalpasti faktor risiko lebih awal dan tindakan serta rujukan dapat dilakukan.
- iii. Menggalakkan penjagaan kesihatan diri ibu, keluarga dan komuniti.
- iv. Memberi pendidikan kesihatan berkaitan penjagaan semasa hamil, bersalin dan postnatal.

## TUJUAN BUKU REKOD KESIHATAN IBU HAMIL

Buku Rekod Kesihatan Ibu Hamil bertujuan untuk merekodkan maklumat berkaitan penjagaan kesihatan ibu iaitu:

- i. KIK/ 1(a)/ 96 (Pind.2019) – untuk simpanan ibu
- ii. KIK/ 1(b)/ 96 (Pind.2019) – untuk simpanan di klinik

## PENGUNAAN BUKU REKOD KESIHATAN IBU

- i. Buku Rekod Kesihatan Ibu KIK/1(a)/96(Pind.2019):-
  - Diberikan kepada ibu hamil yang pertama kali datang ke klinik kesihatan untuk pendaftaran serta merekod maklumat berkaitan kemajuan ibu hamil, bersalin dan semasa postnatal
  - Disimpan oleh ibu dan perlu dibawa setiap kali menghadiri pemeriksaan sama ada di klinik/ hospital kerajaan atau swasta.
  - Semua pihak yang memberi penjagaan kesihatan ibu hamil hendaklah merekodkan maklumat dalam buku rekod kesihatan ibu. Maklumat ini adalah untuk menilai kemajuan kehamilan ibu.
  - Terangkan kepada ibu kepentingan menyimpan buku rekod dan membawanya ke mana sahaja ia pergi bila memerlukan pemeriksaan dan rawatan.
  - Pihak hospital boleh menggunakan buku rekod ini sekiranya difikirkan perlu.
- ii. Buku Rekod Kesihatan Ibu KIK/1(b)/96(Pind.2019):-
  - Disimpan di klinik bagi merekodkan maklumat berkaitan dengan kemajuan ibu hamil, bersalin dan semasa postnatal.
  - Digunakan oleh anggota kesihatan di dalam pengendalian kes contohnya untuk mengisi buku rekod HMIS, lawatan rumah dan pengesanan cicir.
  - Jika ibu berpindah, buku rekod ini boleh dihantar ke klinik di mana ibu berpindah.
  - Buku rekod ini tidak perlu digunakan di klinik antenatal di hospital yang menggunakan rekod tersendiri. Walaubagaimanapun pihak hospital boleh menggunakan buku rekod ini sekiranya perlu.



**PANDUAN MENGISIKAN REKOD KESIHATAN IBU**  
**KIK/ 1(a)/ 96(Pind.2019)**

**1. MAKLUMAT IBU**

Bil	Perkara	Keterangan
1	Cop dan no. Telefon	Klinik copkan nama klinik dan nombor telefon di mana ibu membuat pendaftaran (lengkapkan dengan daerah dan negeri)
2	No. siri JKN	Merujuk nombor kawalan edaran kad yang dikeluarkan mengikut keperluan negeri
3	No. pendaftaran	Tuliskan nombor siri pendaftaran mengikut buku pendaftaran KIB 101
4	No. kad pengenalan	Tuliskan nombor kad pengenalan ibu, nombor polis, tentera dan passport bagi bukan warganegara di dalam petak yang disediakan. Sekiranya tiada dokumen kosongkan petak yang disediakan sehingga memperoleh pengenal/ dokumen berkaitan
5	Tarikh lahir	Catatkan tarikh lahir ibu
6	Umur	Catatkan umur ibu pada tarikh pendaftaran (tahun dan bulan)
7	Pelekat kod warna antenatal	Rujuk kepada senarai semak sistem kod warna ibu hamil untuk menentukan warna dan lekatkan warna dalam petak yang disediakan. Apabila berlaku pertukaran kod warna, lekatkan warna yang baru dengan menampakkan sebahagian kecil pelekat warna yang terdahulu
8	Faktor risiko antenatal	Tuliskan faktor risiko bagi pelekat warna yang ditentukan berdasarkan senarai semak pengendalian ibu hamil mengikut sistem kod warna
9	Gravida	Catatkan jumlah bilangan kandungan ibu
10	Para	Catatkan jumlah kelahiran (usia kandungan 22 minggu mengandung dan ke atas) dan bilangan keguguran  Contoh: 3 + 1

Bil	Perkara	Keterangan
11	Nama ibu	Tuliskan nama ibu mengikut dokumen pengenalan dengan huruf besar.
12	Kumpulan etnik	Tuliskan kumpulan etnik ibu.
13	Warganegara	Tuliskan warganegara ibu. Contoh: Malaysia, Indonesia
14	Tahap pendidikan	Tuliskan tahap pendidikan ibu. Contoh: ijazah/ diploma/ menengah/ rendah/ tidak bersekolah
15	Pekerjaan	Tuliskan jenis pekerjaan ibu. Sekiranya suri rumah tangga tulis SRT dan sekiranya berkerja di kilang, nyatakan jenis. Contoh: Operator kilang
16	Alamat rumah (1) dan (2)	Alamat 1: Tuliskan alamat rumah ibu dengan lengkap  Alamat 2: Tuliskan alamat terkini sekiranya berpindah
17	No. telefon ibu	Catatkan nombor telefon rumah, telefon bimbit ibu dan tempat kerja
18	Tarikh haid akhir (THA/ LNMP)	Catatkan tarikh hari pertama kedatangan haid yang terakhir jika tidak ingat, catat bulan dan tahun
19	Tarikh akan lahir (TAL/ EDD)	Catatkan tarikh ibu dijangka akan bersalin
20	Re EDD	Catatkan tarikh ibu dijangka akan bersalin mengikut keputusan ultrasound sekiranya berbeza dari kiraan menggunakan LNMP
21	Nama suami	Tuliskan nama suami mengikut dokumen pengenalan. Kosongkan sekiranya tiada maklumat

Bil	Perkara	Keterangan
22	No. kad pengenalan suami	Catatkan nombor kad pengenalan suami, nombor polis, tentera dan pasport bagi bukan warganegara di dalam petak yang disediakan. Sekiranya tiada dokumen kosongkan petak yang sediakan sehingga memperolehi pengenalan/dokumen berkaitan.
23	Pekerjaan suami	Tuliskan pekerjaan suami
24	Alamat tempat kerja	Tuliskan alamat tempat suami bekerja
25	No. telefon suami	Tuliskan telefon, tempat kerja dan telefon bimbit
26	Pelekat kod warna postnatal	Lekatkan kod warna berpandukan senarai semak kod warna semasa postnatal
27	Faktor risiko postnatal	Tuliskan faktor risiko semasa postnatal
28	Alamat semasa postnatal	Tuliskan alamat rumah ibu dengan lengkap semasa ibu berpantang
29	Tempat bersalin pilihan	Tuliskan tempat bersalin yang dipilih oleh ibu seperti: Hospital/ ABC/ Rumah (nyatakan)
30	Jururawat Y/M	Tuliskan nama jururawat yang menjaga mengikut konsep <i>personalise care</i>

## 2. PERIHAL KANDUNGAN LALU

Bil	Perkara	Keterangan
1	Bil	Catatkan bilangan kehamilan ibu termasuk keguguran dan kematian dalam rahim mengikut urutan. Jika kandungan kembar isikan perihal setiap bayi ke dalam ruang bilangan.
2	Tahun	Catatkan tahun kelahiran, keguguran atau mati dalam rahim yang telah berlaku.
3	Hasil kandungan	Tuliskan perihal hasil kandungan yang lepas iaitu lahir hidup, lahir mati, gugur, cukup bulan atau tidak cukup bulan.
4	Jenis kelahiran	Tuliskan cara kelahiran yang lalu seperti: <ul style="list-style-type: none"> <li>- SVD</li> <li>- LSCS</li> <li>- Forcep</li> <li>- Vacuum</li> <li>- Natural Birth/ Waterbirth</li> </ul>
5	Tempat bersalin dan kelahiran disambut oleh	Tuliskan tempat bersalin dan penyambut kelahiran Contoh: - Hospital/ Jururawat - Rumah/ Jururawat/ Bidan Kg/ Tiada Penyambut dsb
6	Jantina	Tuliskan jantina anak Contoh: Lelaki (L) / Perempuan (P)
7	Berat lahir	Catatkan berat lahir bayi dalam kilogram (kg)
8	Komplikasi ibu dan anak	Tuliskan komplikasi ibu dan bayi di ruang yang disediakan. Contoh: PPH/ Eclampsia/ Lekat uri/ Shoulder dystosia/ Anak jaundis.
9	Penyusuan susu ibu/ tempoh	Tuliskan YA sekiranya diberi susu ibu dan catatkan tempoh penyusuan susu ibu.
10	Keadaan anak sekarang	Tuliskan hidup (H) atau Mati (M) di ruang berkenaan. Sekiranya mati tuliskan umur dan sebab kematian. Sekiranya hidup, tuliskan masalah kesihatan sekiranya ada.
11	Tarikh perkahwinan	Catatkan tarikh perkahwinan ibu dengan suaminya sekarang. Sekiranya ibu berkahwin lebih dari sekali catatkan tahun perkahwinan.

### 3. RIWAYAT KESIHATAN IBU DAN KELUARGA

Bil	Perkara	Keterangan
1	Haid ( <i>menstrual cycle</i> ) - Jumlah hari ( <i>duration</i> ) - Pusingan ( <i>cycle</i> )	Catatkan tempoh hari haid dan catatkan tempoh pusingan haid
2	Amalan perancang keluarga	Potong yang tidak berkenaan. Jika ya nyatakan kaedah dan tempoh penggunaannya
3	Status merokok (ibu dan suami)	Potong yang tidak berkenaan
4	Masalah perubatan ibu : - Diabetes - Darah Tinggi - Alergi - <i>Asthma</i> - Sakit Jantung - Tibi - Anemia - Talasemia - <i>Thyroid</i> - Kanser - Psikiatri - Lain-lain, nyatakan	Tandakan ( $\checkmark$ ) di dalam kotak yang disediakan Jika ibu menghidap penyakit berkenaan  Tuliskan penyakit lain sekiranya ada
5	Saringan Tibi: Adakah puan batuk melebihi 2 minggu	Tandakan ( $\checkmark$ ) di dalam kotak berkenaan. Jika ya rujuk kepada Pegawai Perubatan Kaedah: Tanyakan kepada ibu berkaitan keadaan kesihatan sekarang, adakah mengalami batuk lebih 2 minggu) sekiranya ya, rujuk kepada Pegawai Perubatan untuk pemeriksaan lanjut. Rekodkan di ruang masalah dan pengendalian



**Peringatan I:**

Ibu perlu memaklumkan kepada anggota kesihatan sekiranya mempunyai faktor risiko berikut:

- a. Mengambil dadah.
- b. Mempunyai hubungan seks dengan pasangan lain.
- c. Pasangan merupakan penagih dadah.
- d. Pasangan mempunyai hubungan seks dengan pasangan lain.
- e. Pasangan disahkan HIV/ *Syphilis*

Sekiranya ibu mempunyai salah satu atau lebih faktor risiko di atas,

- (i) Ujian saringan HIV adalah tidak reaktif, ujian saringan ulangan perlu dilakukan untuk mengesan jangkitan dalam tempoh *window (window period)*.
- (ii) Ujian saringan *Syphilis* perlu diulang pada 28 - 32 minggu kehamilan

**Peringatan II:**

Ujian Saringan Malaria diambil bagi:

1. Semua ibu yang disyaki mengalami jangkitan malaria dengan kitaran, demam secara mengejut iaitu fasa sejuk - menggigil dan berpeluh diikuti fasa panas - berpeluh (suhu badan melebihi 40°C). Fasa ini berlanjutan selama 6 - 10 jam dan diikuti dengan fasa asimptomatik dan kitaran ini berulang sekiranya tidak menerima rawatan.
2. Kumpulan berisiko tinggi
  - ii) Orang Asli
  - ii) Penduduk yang tinggal di pinggir/ kawasan hutan
  - iii) Warganegara/ bukan warganegara dari negara/ kawasan endemik
  - iv) Individu terlibat dengan aktiviti berisiko jangkitan malaria seperti pembalakan, aktiviti pertanian, rekreasi, pasukan keselamatan dan pemburu.
  - v) *Close contact* kepada kes malaria dalam tempoh 6 minggu

## 5. KEPUTUSAN UJIAN DARAH SARINGAN ANTENATAL

Bil	Penyakit / Status yang disaring	Tarikh diambil	Keputusan
1	Kumpulan darah	Tuliskan tarikh dan Rhesus diambil	Catatkan keputusan ujian untuk kumpulan darah dan Rhesus
2	Hemoglobin (Hb)/ Full Blood Count	Tuliskan tarikh diambil	Catatkan keputusan ujian untuk haemoglobin (Hb)/ Full Blood Count di ruangan pemeriksaan kandungan semasa
3	Syphilis	Tuliskan tarikh diambil	Catatkan keputusan ujian Syphilis dan di ruangan seterusnya jika diulang periksa
4	HIV	Tuliskan tarikh diambil	Catatkan keputusan ujian HIV Rapid Test Dan di ruangan seterusnya jika diulang periksa
5	Hepatitis B	Tuliskan tarikh diambil	Catatkan keputusan ujian Hepatitis B (HbSAg)
6	Malaria (BFMP)	Tuliskan tarikh diambil	Catatkan keputusan ujian Malaria (BFMP)
7	Lain-lain (nyatakan)	Tuliskan tarikh diambil	Catatkan keputusan ujian seperti yang dinyatakan

## 6. AKUAN TIDAK SETUJU RAWATAN

Lengkapkan ruang yang disediakan setelah memberi penerangan sekiranya ibu tidak setuju menerima rawatan. Tuliskan nama dan nombor dokumen pengenalan diri dan pastikan ibu, penterjemah (jika berkaitan), Pegawai Perubatan dan saksi menandatangani di ruang yang berkaitan.

**Format Borang – Seperti di Lampiran**



## 7. PEMERIKSAAN OLEH PEGAWAI PERUBATAN DAN PEGAWAI PERGIGIAN

Tuliskan ukuran tinggi dan *booking* BMI di ruangan yang disediakan.

- Pegawai Perubatan bertanggungjawab untuk melengkapkan setiap ruangan yang disediakan pada *RME* 1 dan 2.
- Pegawai Pergigian bertanggungjawab untuk melengkapkan ruangan yang disediakan

\* Catatkan : Penemuan abnormal yang perlu diambil perhatian.

## 8. SENARAI SEMAK KRITERIA UNTUK UJIAN SARINGAN OGTT

Tanda ( ✓ ) di ruangan yang disediakan sekiranya ibu mempunyai kriteria yang dinyatakan. Jalankan ujian saringan OGTT jika ibu mempunyai walaupun hanya salah satu kriteria tersebut.

Nota : Rujuk CPG Diabetes in Pregnancy 2017

## 9. UJIAN OGTT

Perkara	Keterangan
Tarikh	Catatkan tarikh ujian OGTT dijalankan
POG	Catatkan usia kandungan semasa ujian saringan diambil
Fasting Blood Sugar	Catatkan keputusan, jika abnormal catatkan dengan dakwat merah
2H Postprandial	Catatkan keputusan, jika abnormal catatkan dengan dakwat merah

Nota: (Normal range: Fasting < 5.1mmol/l, 2HPP <7.8 mmol/l)  
Rujuk CPG Diabetes in Pregnancy 2017

## 10. PEMANTAUAN PARAS GULA DALAM DARAH (BLOOD SUGAR PROFILE)

Nota: Dilakukan bagi ibu diabetes

(Sasaran: *Pre meal*  $\leq 5.3\text{mmol/l}$  , *1H post meal*  $\leq 7.8\text{mmol/l}$ , *2H post meal*  $\leq 6.7\text{mmol/l}$ )

Perkara	Keterangan
Tarikh/Masa	Catatkan tarikh dan masa dijalankan
<i>Pre/Post Breakfast</i> (mmol/l)	Catatkan keputusan <i>Pre/Post Breakfast</i> dalam mmol/l, jika abnormal catatkan dengan dakwat merah
<i>Pre/Post Lunch</i> (mmol/l)	Catatkan keputusan <i>Pre/Post Lunch</i> dalam mmol/l, jika abnormal catatkan dengan dakwat merah
<i>Pre/Post Dinner</i> (mmol/l)	Catatkan keputusan <i>Pre/Post Dinner</i> dalam mmol/l, jika abnormal catatkan dengan dakwat merah
<i>Pre Bed</i> (mmol/l)	Catatkan keputusan <i>Pre Bed</i> dalam mmol/l, jika abnormal catatkan dengan dakwat merah
Catatan	Catatkan maklumat lain jika perlu. Contoh: Dirujuk kepada Pegawai Perubatan/ Hospital

Nota:

Ujian yang dijalankan perlu seragam contoh jika diambil semasa pre breakfast, ujian seterusnya adalah pre lunch, pre dinner dan seterusnya.

## 11 PEMANTAUAN TEKANAN DARAH

Nota: Dilakukan untuk ibu yang mempunyai indikasi

Perkara	Keterangan
Tarikh	Catatkan tarikh dan masa dijalankan
Masa	Catatkan masa diperiksa
Tekanan Darah	Catatkan keputusan tekanan darah (BP), jika abnormal catatkan dengan dakwat merah
Urin Albumin	Catatkan keputusan ujian urin untuk albumin, jika abnormal catatkan dengan dakwat merah

## 12. PEMANTAUAN PROFIL *PRE-ECLAMPSIA*

Nota: Dilakukan untuk ibu yang mengalami hipertensi

Perkara	Keterangan
Tarikh	Catatkan tarikh dan masa dijalankan
Minggu (POA/ POG)	Catatkan usia kandungan semasa ujian saringan diambil
Tekanan darah (BP)	Catatkan tekanan darah yang diambil pada tarikh diperiksa
Albuminuria	Catatkan keputusan urin albumin, jika abnormal catatkan dengan dakwat merah
Urea	Catatkan keputusan ujian urea, jika abnormal catatkan dengan dakwat merah
Creatinine	Catatkan keputusan ujian creatinine, jika abnormal catatkan dengan dakwat merah
Uric Acid	Catatkan keputusan ujian uric acid, jika abnormal catatkan dengan dakwat merah
Hemoglobin	Catatkan keputusan ujian haemoglobin, jika abnormal catatkan dengan dakwat merah
Platelet	Catatkan keputusan ujian platelet, jika abnormal catatkan dengan dakwat merah
AST/ALT	Catatkan keputusan ujian AST/ALT, jika abnormal catatkan dengan dakwat merah
Nama pemeriksa	Tuliskan nama pemeriksa

### Nota:

Beri peringatan kepada ibu simptom *Pre-Eclampsia*:

1. Sakit kepala
2. Penglihatan kabur/ berpinar
3. Loya/ muntah
4. Sakit ulu hati

\*Segera ke hospital/ klinik sekiranya ada salah satu tanda di atas.

### 13. PEMANTAUAN PENINGKATAN BERAT BADAN IBU ANTENATAL (*Gestational Weight Gain ,GWG*)

Perkara	Keterangan
Tinggi	Catatkan tinggi ibu dalam meter (m)
Berat ibu sebelum hamil	<p>Catatkan berat badan ibu sebelum hamil dalam kilogram (kg).</p> <p>(Nota: Jika tiada maklumat berat ibu sebelum hamil, berat ibu semasa 1st <i>booking</i> POG &lt; 12/52 boleh digunakan. Jika POG &gt;12/52, kategori BMI boleh didapati secara anggaran berdasarkan maklumat ibu.</p>
Nilai BMI sebelum hamil	<p>Catatkan nilai BMI sebelum hamil mengikut formula di bawah:</p> <p>(Berat ibu sebelum hamil) di bahagi dengan (Tinggi x Tinggi)</p> <p>Contoh:</p> <p>Berat sebelum hamil = 54.0kg  Tinggi = 1.58m  = (54.0) / (1.58 x 1.58)  = 21.6 kg/m<sup>2</sup></p>
Status BMI sebelum hamil	<p>Bulatkan Status BMI ibu sebelum hamil</p> <p>Contoh:  KBB (Normal) LBB / Obes</p>
Bil.	Catatkan bilangan mengikut turutan 1,2,3...
Tarikh lawatan	Catatkan tarikh ibu hadir ke klinik untuk timbang berat badan.
Minggu gestasi	Catatkan minggu gestasi ibu untuk setiap kali lawatan.
Berat badan (kg)	Catatkan berat badan ibu dalam kilogram (kg) bagi setiap kali lawatan.
Peningkatan berat badan (kg)	<p>Catatkan jumlah peningkatan berat badan semasa berbanding berat badan semasa lawatan terakhir mengikut formula di bawah:</p> <p>(Berat badan ibu pada lawatan semasa) – (berat badan ibu semasa lawatan terakhir)</p>

Perkara	Keterangan
Kadar peningkatan berat badan	<p>Kira kadar peningkatan berat badan ibu berdasarkan formula berikut:</p> $= \frac{\text{Peningkatan berat badan}}{\text{Jumlah minggu}}$ <p>Contoh:</p> <p>Peningkatan berat badan. = 0.8kg  Jumlah beza minggu lawatan semasa dan lawatan terakhir = 4minggu</p> $= \frac{0.8\text{kg}}{4}$ $= 0.2\text{kg}$
Jumlah peningkatan berat badan sepanjang kehamilan (kg)	<p>Sila isikan jumlah peningkatan berat badan ibu sepanjang kehamilan mengikut formula berikut:</p> <p>(Berat badan ibu semasa lawatan terakhir) – (berat badan ibu sebelum hamil)</p>

Nota:

**JADUAL SARANAN PENINGKATAN BERAT BADAN IBU ANTENATAL (Julat GWG)**

Kategori BMI Sebelum Hamil (kg/m <sup>2</sup> )	Jumlah peningkatan berat badan sepanjang trimester pertama (1 - 12 minggu kehamilan)	Purata & julat peningkatan berat badan disarankan bagi trimester kedua dan ketiga (13 - 40 minggu kehamilan)	Jumlah Peningkatan Berat Badan Sepanjang Kehamilan
Kurang Berat Badan (<18.5)	0.5-2.0 kg	0.5kg / minggu (0.44 - 0.58kg)	12.5 - 18.0 kg
Normal (18.5 - 24.9)		0.4kg / minggu (0.35 - 0.50kg)	11.5 - 16.0 kg
Lebih Berat Badan (25.0 - 29.9)		0.3kg / minggu (0.23 - 0.33kg)	7.0 - 11.5 kg
Obes (≥30.0)		0.2 kg / minggu (0.17 - 0.27kg)	5.0 - 9.0 kg

Sumber rujukan: *Weight Gain During Pregnancy Re-Examining the Guidelines, Institute of Medicine (IOM), Amerika Syarikat, 2009*

## 14. PEMANTAUAN HEMOGLOBIN

Nota: : Dilakukan untuk ibu yang mengalami Anemia

Plotkan dengan tanda x keputusan Hb mengikut POA/ POG ke dalam graf yang disediakan untuk menilai kemajuan Hb ibu.

## 15. KEPUTUSAN PEMERIKSAAN *ULTRASOUND*

Nota: Dilakukan untuk ibu yang mempunyai indikasi

Perkara	Keterangan
Tarikh	Isikan tarikh dan masa dijalankan
Jangkamasa kandungan	Catatkan jangkamasa kandungan semasa <i>ultrasound</i> dijalankan
EDD	Catatkan tarikh ibu dijangka akan bersalin
REDD	Catatkan tarikh ibu dijangka akan bersalin mengikut keputusan <i>ultrasound</i> sekiranya berbeza dari kiraan menggunakan LNMP
Presentasi	Tuliskan penemuan presentasi
FH/FM	Tuliskan penemuan <i>Fundal Height/ Fetal Movement</i>
CRL	Tuliskan penemuan <i>Crown-Rump Length</i>
BPD	Tuliskan penemuan <i>Biparietal Diameter</i>
HC	Tuliskan penemuan <i>Head Circumference</i>
AC	Tuliskan penemuan <i>Abdominal Circumference</i>
FL	Tuliskan penemuan Femur Length
<i>Estimated fetal weight</i>	Tuliskan anggaran berat janin
Placenta	Tuliskan penemuan Placenta
AFI	Tuliskan penemuan <i>Amniotic Fluid Index</i>
Komen	Tuliskan komen jika ada
Nama, tandatangan & cop Pemeriksa	Tuliskan nama, tandatangan dan cop pemeriksa

## 16. FETAL GROWTH CHART

Pegawai Perubatan bertanggungjawab untuk melengkapkan graf perkembangan janin mengikut keputusan ultrasound dijalankan olehnya dan menganalisa keputusannya samada menurun, mendatar, berada di bawah 10th *percentile* atau berada lebih daripada 90th *percentile*.

Nota:

1. Pilih *Fetal Growth Chart* yang bersesuaian.

Nota:

1. Gunakan *Fetal Growth* Melayu etnik Melayu, Cina dan lain-lain etnik, jika India gunakan *Fetal Growth Chart* etnik India.
2. Rujukan dan Pengawasan Kes hendaklah dibuat sebaik sahaja lakaran graf :
  - menurun
  - mendatar
  - berada di bawah 10th *percentile*
  - berada lebih daripada 90th *percentile*

## 17. SISTEM KOD WARNA DAN SENARAI SEMAK PENJAGAAN ANTENATAL

Lengkapkan senarai semak penjagaan ibu hamil mengikut penemuan semasa memeriksa ibu dengan kod warna (merah, kuning, hijau dan putih) – Rujuk Garis Panduan Senarai Semak Penjagaan Kesihatan Ibu Hamil Mengikut Kod Warna Edisi ke Lima, BPKK, KKM 2019.

## 18. SENARAI SEMAK RISIKO VTE SEMASA HAMIL DAN PUERPERIUM

Dilengkapkan oleh Jururawat semasa booking, semasa memeriksa dan semasa postnatal serta disemak oleh Pegawai Perubatan.

Nota: Jururawat perlu dilatih untuk mengisi Senarai Semak Risiko VTE Semasa Hamil dan Postnatal.

## 19. CARTA PERGERAKAN JANIN (untuk KIK/1(a)/96.Pind.2019 sahaja)

Dilengkapkan oleh ibu setelah penerangan diberi oleh jururawat pada usia kandungan 28 minggu.

## 20. PEMERIKSAAN KANDUNGAN SEMASA

*Booking weight* : Catatkan berat badan semasa *booking*

*Booking BMI* : Catatkan BMI semasa *booking*

*Booking BP* : Catatkan BP semasa *booking*

Bil	Perkara	Keterangan
1	Tarikh	Catatkan tarikh pemeriksaan dijalankan di klinik/ rumah. Contoh: 31.07.18
2	Lawatan klinik / rumah (LK/LR)	Catatkan (K) sekiranya pemeriksaan dijalankan di klinik dan ( R ) sekiranya pemeriksaan dijalankan di rumah.
3	Ujian makmal: i. Albumin  ii. Sugar  iii. Hb (haemoglobin)	Catatkan penemuan: Catatkan trace / + / ++ / +++ bagi yang abnormal, tuliskan dengan dakwat merah. Tuliskan blue/ green/ dark green/ yellow/ brickred bagi keputusan yang abnormal tuliskan dengan dakwat merah. Catatkan gm% dan jika kurang dari 11gm% dituliskan dengan dakwat merah.
4	Pemeriksaan: i. Berat badan  ii. Tekanan darah (BP)  iii. Nadi  iv. Edema	Catatkan timbangan berat badan dalam kg. Jika didapati kenaikan berat badan mendadak, statik atau penurunan berat badan perlu dituliskan dengan dakwat merah. Catatkan bacaan tekanan darah. Contoh: 120/80 Tuliskan dengan dakwat merah sekiranya abnormal. Catatkan bilangan nadi yang diambil dalam satu minit. Tandakan (+) sekiranya terdapat edema (bengkak) pada kaki dan ( - ) sekiranya tiada.





## 21. KEMASUKAN KE HOSPITAL

Bil	Perkara	Keterangan
1	Nama hospital	Catatkan nama hospital di mana ibu dirawat.
2	R/N	Tuliskan nombor daftar kemasukkan hospital.
3	Tarikh masuk	Tuliskan tarikh kemasukkan hospital.
4	Tarikh keluar	Tuliskan tarikh keluar hospital.
5	Diagnosa	Catatkan diagnosa ibu semasa keluar hospital.
6	Rawatan semasa discaj	Catatkan rawatan yang diberi di hospital.
7	Tarikh Temujanji akan datang	Tuliskan tarikh temujanji ke hospital akan datang.
8	Tandatangan dan cop Pegawai Perubatan	Tandatangan, cop nama dan jawatan Pegawai Perubatan yang memeriksa ibu.

## 22. DISCHARGE NOTE

Bil	Perkara	Keterangan
1	Semasa antenatal dan postnatal	Letakkan <i>discharge note</i> dari hospital di ruangan yang disediakan.

## 23. PERIHAL REKOD KELAHIRAN (diisi oleh penyambut kelahiran)

### 23.1 Perihal Ibu

Bil	Perkara	Keterangan
1	Tempat kelahiran	Catatkan tempat kelahiran di ruangan ini, seperti kelahiran di hospital (nyatakan nama hospital), ABC dan rumah.
2	Disambut oleh	Catatkan penyambut kelahiran Contoh: Pakar/ Pegawai Perubatan/ jururawat/ Jururawat Masyarakat.
3	Tarikh lahir dan masa	Catatkan tarikh (hari/ bulan/ tahun) dan masa ibu bersalin.
4	Suntikan: <i>Syntometrine</i> <i>Syntocinon</i>	Tandakan (✓) suntikan berkaitan di dalam kotak yang disediakan.
5	<i>Placenta</i> : Lengkap Tidak Lengkap	Tandakan (✓) keadaan <i>placenta</i> di kotak yang disediakan. Catatkan berat <i>placenta</i> di ruang yang disediakan.
6	Cara kelahiran: i. <i>Spontaneous</i> :  ii. <i>Instrumental Delivery</i> :  iii. <i>Caesarean (i) dan (ii)</i> :	Tandakan (✓) pada salah satu kotak yang disediakan. Tandakan (✓) pada salah satu kotak yang disediakan. Tandakan (✓) pada salah satu kotak yang disediakan.
7	Permulaan Penyusuan Susu Ibu dan Sentuhan Kulit Ke Kulit  i. Bayi diberikan kepada ibu selepas bersalin (segera/ kurang dari 5 minit) ii. Ibu menerima sentuhan kulit ke kulit selama 1 jam	Tandakan (✓) pada salah satu kotak yang disediakan. Sekiranya tidak, nyatakan. Tandakan (✓) pada salah satu kotak yang disediakan. Sekiranya tidak, nyatakan.

Bil	Perkara	Keterangan
8	Komplikasi semasa bersalin <i>Post Partum Haemorrhage</i> (PPH) <i>Retained Placenta</i> <i>Perineal Tear</i>	Tandakan (✓) pada salah satu daripada pilihan yang diberi, jika lain-lain nyatakan.

## 23.2 Perihal Bayi

Bil	Perkara	Keterangan
1	Berat lahir	Catatkan berat lahir bayi (kg)
2	Jantina bayi	Catatkan jantina bayi Lelaki (L), Perempuan (P)
3	Ukuran : Panjang Lilitan kepala Lilitan dada	Catatkan ukuran yang diperolehi (cm).
4	Keadaan bayi : Lahir hidup Lahir mati Skor apgar Abnormaliti kongenital	Tandakan (✓) pada kotak yang berkenaan.  Nyatakan jika ada abnormaliti kongenital
5	Suntikan Vit K diberi	Catatkan dengan lengkap di ruangan tarikh, masa dan nama yang memberi suntikan.
6	Suntikan Hepatitis B Dos 1	Catatkan dengan lengkap di ruangan tarikh, masa suntikan, nama pemberi dan <i>no. Batch</i> .
7	G6PD	Catatkan tarikh diambil.
8	Saringan Congenital Hypothyroidism: T4/TSH	Catatkan tarikh diambil.

## 24. PERAWATAN POSTNATAL DI RUMAH

Bil	Perkara	Keterangan
1	Tarikh discaj hospital	Catatkan tarikh ibu discaj dari hospital
2	Tarikh dan masa notifikasi diterima	Catatkan tarikh dan masa notifikasi diterima
3	Hari Postnatal	Catatkan hari postnatal lawatan di rumah dilakukan
4	Tarikh	Catatkan tarikh lawatan postnatal di rumah dilakukan
5	Keadaan ibu : • Suhu badan	Catatkan penemuan pemeriksaan suhu badan.
	• Tekanan darah	Catatkan penemuan pemeriksaan tekanan darah.
	• Nadi	Catatkan penemuan pemeriksaan nadi.
	• Pernafasan	Catatkan penemuan pemeriksaan pernafasan.
	• Payudara	Catatkan penemuan pemeriksaan payudara contoh: <i>breast engorgement</i> , lembut, terdapat ketulan dsb.
	• Tinggi rahim	Catatkan penemuan ukuran tinggi rahim.
	• Lokia	Catatkan penemuan pemeriksaan lokia.
	• Perineum / luka episiotomy	Catatkan penemuan pemeriksaan perineum contoh: bersih, luka terbuka dsb.
	• Luka pembedahan	Catatkan penemuan pemeriksaan luka pembedahan contoh: bersih, luka terbuka dsb.
	• PU	Tandakan (✓) jika ibu lawas membuang air kecil. Tandakan (x) jika tidak.
	• BO	Tandakan (✓) jika ibu lawas membuang air besar. Tandakan (x) jika tidak.

Bil	Perkara	Keterangan
	• Ibu bergerak/berjalan (ambulasi)	Catatkan (√) jika bergerak/ berjalan. Catatkan (x) jika tiada ambulasi.
	• Menilai simptom kemurungan / psikosis ibu	Tandakan (√) jika ada simptom dan tuliskan di ruangan catatan dan dirujuk kepada Pegawai Perubatan/ FMS. Catatkan (x) jika tiada simptom. Catatkan simptom berkaitan jika ada. Nota: Tanyakan kepada suami/ waris/ penjaga seperti adakah emosi dan tingkahlaku yang berubah-ubah atau mengadu terlalu bimbang atau perasaan yang tidak stabil.
6	Tanda dan simptom DVT / Pulmonary Thromboembolism*	Tandakan (√) jika ada simptom dan tuliskan di ruangan catatan. Catatkan (x) jika tiada simptom.
	• Sakit dada	Catatkan aduan ibu.
	• Susah Bernafas	Tuliskan penemuan dan aduan ibu.
	• Sakit/ bengkak di kaki	Tuliskan penemuan dan aduan ibu.
	• <i>Redness/Inflammation of lower limbs</i>	Tuliskan penemuan dan aduan ibu.
	• <i>Calf tenderness</i> (sakit betis)	Tuliskan penemuan dan aduan ibu.
7	Catatan	Catatkan jika berkaitan.
8	Masalah ibu dan pengendalian	Tuliskan masalah dikenalpasti dan rujuk kepada Pegawai Perubatan/ Pakar Perubatan Keluarga/ Hospital mengikut keperluan.

## 25. MASALAH DIKESAN SEMASA POSTNATAL, PENGENDALIAN DAN RAWATAN

Bil	Perkara	Keterangan
1	Tarikh & Masa	Catatkan tarikh dan masa diambil.
2	Masalah	Tuliskan masalah dikesan.
3	Pengendalian & Rawatan	Tuliskan pengendalian dan rawatan diberi.
4	Tandatangan & cop Pegawai Pemeriksa	Tandatangan dan cop pemeriksa yang memeriksa ibu.

## 26. JADUAL SUNTIKAN THROMBOPROPHYLAXIS UNTUK IBU POSTNATAL (SUBCUTANEOUS UNFRACTIONATED HEPARIN/ LOW MOLECULAR WEIGHT HEPARIN) - JIKA BERKAITAN

Bil	Perkara	Keterangan
1	Nama ubat	Tuliskan nama ubat mengikut preskripsi
2	Dos	Tuliskan dos mengikut preskripsi
3	Tarikh	Catatkan tarikh suntikan diberi
4	Masa	Catatkan masa suntikan diberi
5	Suntikan diberi oleh	Tuliskan nama yang memberi suntikan
6	Tandatangan	Isikan tandatangan yang memberi suntikan

## 27. SENARAI SEMAK KEBERKESANAN PENYUSUAN SUSU IBU SEMASA POSTNATAL

Bil	Perkara	Keterangan
1.	Tarikh lawatan posnatal	Catatkan tarikh pada setiap lawatan yang dijalankan.
2.	Pemerhatian: 1.Tanda-tanda am penyusuan susu ibu berjalan dengan baik 2.Payudara 3.Posisi bayi 4.Pelekapan bayi 5.Penghisapan	Tandakan (✓) pada kotak jika ibu atau bayi menunjukkan tanda-tanda penyusuan berjalan dengan baik dan tandakan (X) jika ibu atau bayi menunjukkan tanda penyusuan yang mungkin bermasalah mengikut penemuan pada setiap lawatan yang dijalankan.
3.	Lawatan postnatal pertama	Merujuk kepada lawatan postnatal kali pertama semasa ibu dalam postnatal. Tandakan (✓) pada kotak mengikut penemuan pada setiap lawatan yang dijalankan.
4.	Mengikut keperluan	Merujuk kepada pemerhatian yang dijalankan pada mana-mana lawatan selepas lawatan pertama dan sebelum lawatan terakhir. Pemerhatian dijalankan sekiranya ibu atau bayi menunjukkan tanda penyusuan yang mungkin bermasalah. Tandakan (✓) pada kotak mengikut penemuan pada setiap lawatan yang dijalankan.
5.	Lawatan Postnatal Terakhir	Merujuk kepada lawatan postnatal kali yang terakhir semasa ibu dalam postnatal. Tandakan (✓) pada kotak mengikut penemuan pada setiap lawatan yang dijalankan.



## 28. SENARAI SEMAK PENJAGAAN POSTNATAL MENGIKUT KOD WARNA

Lengkapkan senarai semak penjagaan ibu postnatal mengikut penemuan semasa memeriksa ibu dengan kod warna (merah dan kuning) – Rujuk Garis Panduan Senarai Semak Penjagaan Kesihatan Ibu Hamil Mengikut Kod Warna Edisi ke Lima, BPKK, KKM 2019.

## 29. PEMERIKSAAN IBU POSTNATAL (1 BULAN) DI KLINIK

Bil	Perkara	Keterangan
1.	Tarikh	Catatkan tarikh lawatan ke klinik.
2.	Lawatan ke klinik	Catatkan bilangan hari postnatal.
3.	Pemeriksaan:	
	Suhu badan	Catatkan penemuan pemeriksaan suhu badan.
	Berat badan	Catatkan berat badan ibu.
	Tekanan Darah	Catatkan penemuan pemeriksaan tekanan darah.
	Payudara	Catatkan penemuan pemeriksaan payudara contoh: <i>breast engorgement</i> , lembut, terdapat ketulan dsb.
	Aliran susu	Catatkan penemuan pemeriksaan dan temubual berkaitan aliran susu.
	Tinggi Rahim	Catatkan penemuan ukuran tinggi rahim dalam cm.
	Edema	Tandakan ( + ) sekiranya terdapat edema (bengkak) pada kaki dan ( - ) sekiranya tiada.
	Perineum/ luka episiotomy	Tuliskan penemuan pemeriksaan perineum contoh: bersih, luka terbuka dsb.
	Luka pembedahan	Tuliskan penemuan pemeriksaan luka pembedahan contoh: bersih, luka terbuka, jangkitan dsb.
	Discaj vagina	Tuliskan penemuan pemeriksaan discaj vagina.

Bil	Perkara	Keterangan
4	Ujian Makmal:	
	Hb gm%	Catatkan keputusan ujian Hb dalam gm% dan jika kurang dari 11 gm% dituliskan dengan dakwat merah.
	Urin gula	Tuliskan keputusan ujian urin gula seperti blue/ green/ dark green/ yellow/ brick red bagi keputusan yang abnormal tuliskan dengan dakwat merah.
	Urin Albumin	Catatkan keputusan ujian urin albumin trace / + / ++ / +++ bagi yang abnormal, tuliskan dengan dakwat merah.
5.	Menilai simptom kemurungan /psikosis ibu	Catatkan penemuan penilaian simptom keadaan mental ibu. Nota: Tanyakan kepada suami/ waris/ penjaga seperti adakah emosi dan tingkahlaku yang berubah-ubah atau mengadu terlalu bimbang atau perasaan yang tidak stabil.
6.	Nasihat diberi	Tuliskan nasihat yang diberi mengikut keperluan semasa memeriksa ibu dan bayi.

### 30. REKOD PEMBERIAN PENDIDIKAN KESIHATAN

Bil	Perkara	Keterangan
1.	Tajuk: Antenatal Postnatal Keadaan luar biasa semasa hamil	Pendidikan kesihatan diberikan mengikut tajuk
2.	Tarikh	Catatkan tarikh pendidikan kesihatan diberi
3.	Nama	Tuliskan nama anggota yang memberi pendidikan kesihatan
4.	Tandatangan ibu	Dapatkan tandatangan ibu

### 31. REKOD SEMAKAN BUKU REKOD KESIHATAN IBU (untuk KIK/1(b)/96.Pind.2019 sahaja)

**Nota:**

Semakan Buku Rekod Kesihatan Ibu dilakukan oleh Penyelia selepas sesi klinik/ lawatan penyeliaan

Kategori Penyelia adalah Jururawat Kesihatan dengan Kebidanan Bahagian 1/ Jururawat Kesihatan Awam/ Ketua Jururawat Kesihatan/ Penyelia Jururawat Kesihatan/ Pegawai Perubatan/ Pakar Kesihatan Keluarga.

Bil	Perkara	Keterangan
1.	Tarikh	Catatkan tarikh lawatan ke klinik.
2.	Perkara	Tuliskan perkara/ aspek yang disemak.
3.	Penemuan	Tuliskan penemuan yang perlu diambil tindakan.
4.	Tindakan	Tuliskan perkara/ cadangan tindakan dan pegawai yang bertanggungjawab mengambil tindakan.
5.	Catatan	Tuliskan catatan jika perlu.
6.	Tandatangan & Nama Penyelia	Tuliskan nama dan tandatangan penyelia yang menyemak.

## **32. INFORMASI PANDUAN DAN PENDIDIKAN KESIHATAN (untuk KIK/1(a)/96.Pind.2019 sahaja)**

### **Tajuk:**

- 32.1 Selamat Datang Ke Alam Kehamilan & Perubahan Fizikal Semasa Hamil
- 32.2 Penjagaan Semasa Kehamilan
- 32.3 Aktiviti Semasa Lawatan Ke Klinik
- 32.4 Persediaan Untuk Bersalin
- 32.5 Gangguan Ringan Semasa Hamil
- 32.6 Komplikasi Semasa Hamil Kepada Ibu dan Bayi Dalam Kandungan
- 32.7 Venous Thromboembolism (VTE)
- 32.8 Panduan Pemakanan Bagi Persediaan Kehamilan, Semasa Hamil dan Sewaktu Berpantang dan Menyusukan Bayi
- 32.9 Panduan Pemakanan Bagi Ibu Hamil Yang Mengalami Anemia Kekurangan Zat Besi (Iron Deficiency Anaemia-IDA)
- 32.10 Saranan Peningkatan Berat Badan Yang Sihat Semasa Kehamilan
- 32.11 Penyusuan Susu Ibu Yang Terbaik Buat Bayi dan Ibu
- 32.12 Masalah Ibu Selepas Bersalin (Postnatal)
- 32.13 Bayi dan Jaundis
- 32.14 Penjagaan Kesihatan Bayi Anda

## AKUAN TIDAK SETUJU RAWATAN

Saya..... No K.P.:.....  
 adalah \*pesakit sendiri /suami /ibu /bapa /anak /penjaga / waris kepada pesakit .....  
 ..... No K.P.:.....

Tidak bersetuju menerima rawatan .....

Saya mengaku bahawa telah dimaklumkan dengan terperinci mengenai rawatan tersebut termasuklah keperluan dan kebaikannya.

Saya juga telah dimaklumkan dan memahami risiko yang boleh dihadapi jika rawatan ini tidak dilakukan. Saya mengaku bahawa keputusan ini adalah di atas kerelaan diri saya sendiri dan akan bertanggungjawab sepenuhnya ke atas sebarang kemungkinan akibat tindakan saya ini.

Saya tidak akan mengambil tindakan undang-undang terhadap pihak kesihatan atau mana-mana pihak lain yang berkenaan sekiranya berlaku sebarang perkara yang tidak diingini akibat daripada keputusan saya ini.

**Tandatangan:** \_\_\_\_\_

(\*pesakit/ suami ibu/ bapa/ anak/  
 penjaga/waris)

Alamat : \_\_\_\_\_

No. Tel: \_\_\_\_\_

Tarikh : \_\_\_\_\_

**Tandatangan Penterjemah:**

Nama: \_\_\_\_\_

No. K.Pengenal: \_\_\_\_\_

Tarikh: \_\_\_\_\_

Bahasa digunakan : \_\_\_\_\_

**Tandatangan Pegawai Perubatan:**

\_\_\_\_\_

Nama : \_\_\_\_\_

No. MPM: \_\_\_\_\_

Tarikh: \_\_\_\_\_

Cop Jawatan: \_\_\_\_\_

**Tandatangan Saksi:** \_\_\_\_\_

Nama: \_\_\_\_\_

No. Kengenalan: \_\_\_\_\_

Jawatan: \_\_\_\_\_

Tarikh: \_\_\_\_\_

\*Potong yang tidak berkenaan

## PENGHARGAAN

**Prof. Madya Dato' Dr. Hamizah Ismail**  
Ketua Jabatan Obstetrik dan Ginekologi  
Kuliah Perubatan,  
Universiti Islam Antarabangsa Malaysia,  
Kuantan, Pahang

**Dr. Azianey Bt Yusof@Abdullah Saari**  
Pakar Perubatan Keluarga,  
Klinik Kesihatan Kepala Batas,  
PKD Seberang Perai Utara (SPU), Penang

**Dr. Majdah Bt Mohamed**  
Pakar Perubatan Kesihatan Awam,  
Ketua Penolong Pengarah Kanan,  
Sektor Kesihatan Ibu, BPKK, KKM

**Dr. Mariam Bt Nawawi**  
Pegawai Kesihatan Keluarga Negeri,  
Jabatan Kesihatan Negeri Pahang

**Dr. Nor Asiah Bt Hashim**  
Pakar Perunding Perubatan Keluarga,  
Klinik Kesihatan Kuala Pilah,  
PKD Kuala Pilah

**Prof. Madya Dr. Nor Azam Bin Kamaruzaman**  
Pakar Kesihatan Keluarga,  
Jabatan Perubatan keluarga,  
Kuliah Perubatan,  
Universiti Islam Antarabangsa Malaysia,  
Kuantan, Pahang

**Dr. Sarah Bt Awang Dahlan**  
Penolong Pengarah Kanan,  
Sektor Kesihatan Ibu, BPKK, KKM

**Dr. Tuty Aridzan Irdawati Bt Mohsinon**  
Ketua Penolong Pengarah Kanan,  
Sektor Kesihatan Ibu, BPKK, KKM

**Cik Amalina Bt Muhamad**  
Penolong Pengarah,  
Sektor Pemakanan Ibu,  
Cawangan Pemakanan Keluarga,  
Bahagian Pemakanan, KKM

**Puan Aleijjah Bt Ali**  
Ketua Penyelia Jururawat Kesihatan,  
Sektor Kesihatan Ibu, BPKK, KKM

**Puan Kamisah Bt Barukang**  
Ketua Penyelia Jururawat Kesihatan (KA),  
Jabatan Kesihatan Wilayah Persekutuan  
Labuan

**Puan Noor Aini Bt Karimon**  
Ketua Penyelia Jururawat Kesihatan,  
Sektor Kesihatan Ibu, BPKK, KKM

**Puan Norhasmah Bt Mat Noh**  
Penyelia Jururawat Kesihatan,  
Klinik Kesihatan Bandar Botanik,  
PKD Klang, Selangor

**Puan Norisah Bt Nayan**  
Penyelia Jururawat Kesihatan,  
PKD Lembah Pantai, JKWPCL

**Puan Norlela Bt Hassan**  
Ketua Penyelia Jururawat Kesihatan Daerah,  
PKD Tampin, Negeri Sembilan

**Puan Nurul Ashikin Bte Ag Ismail**  
Ketua Penyelia Jururawat Kesihatan (KA),  
Jabatan Kesihatan Negeri Sabah

**Puan Nurul Zaiza Bt Zainuddin**  
Penolong Pengarah Kanan,  
Sektor Pemakanan Ibu,  
Cawangan Pemakanan Keluarga,  
Bahagian Pemakanan, KKM

**Puan Radiah Abdul Rahman**

Ketua Jururawat Kesihatan,  
Klinik Kesihatan Air Kuning Selatan,  
PKD Tampin, Negeri Sembilan

**Puan Rasidah Bt Sappar**

Ketua Jururawat Kesihatan,  
Klinik Kesihatan Putrajaya Persint 18,  
PKD Putrajaya, JKWPCL

**Puan Rohayu Bt Mohamad**

Ketua Jururawat Kesihatan,  
Klinik Kesihatan Bukit Changgang,  
PKD Kuala Langat, Selangor

**Puan Wan Nora Bt Wan Salleh**

Penyelia Jururawat Kesihatan,  
Jabatan Kesihatan Negeri Kelantan

**Puan Zaleha Bt Samin**

Penyelia Jururawat Kesihatan,  
Klinik Kesihatan Air Ayer Keroh,  
PKD Melaka Tengah

**EDITOR**

**Puan Noor Aini Bt Karimon**

Penyelia Jururawat Kesihatan,  
Sektor Kesihatan Ibu, BPKK, KKM

**Puan Aleijjah Bt Ali**

Ketua Penyelia Jururawat Kesihatan,  
Sektor Kesihatan Ibu, BPKK, KKM

**Dr. Tuty Aridzan Irdawati Bt Mohsinon**

Ketua Penolong Pengarah Kanan,  
Sektor Kesihatan Ibu, BPKK, KKM









**Bahagian Pembangunan Kesihatan Keluarga  
Kementerian Kesihatan Malaysia  
2019**